



Diagnóstico diferencial das cefaléias de causas neurológicas na infância

Differential diagnosis of migraines of neurological cause in childhood

Carlos Umberto Pereira

Professor adjunto doutor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju - Sergipe.

Emanoella Faro de Oliveira

Médica. Aracaju - Sergipe.

Endereço para correspondência: Carlos Umberto Pereira MSc, Ph.D - Av. Augusto Maynard, 245/404 - Bairro São José - CEP 49015-380 - Aracaju - Sergipe - E-mail: umberto@infonet.com.br

Unitermos: cefaléia, infância, causas neurológicas.

Unterns: headache, infancy, neurological causes.

Summary

Although in 90% of the cases it is a primary disorder, headache, a common clinical complaint in infancy and adolescence, presents one of the most extensive lists of differential diagnoses.

To confirm the etiology of these painful episodes is of the utmost importance, for even being of a benign and autolimited nature in most cases; they may be secondary to numerous pathologies, such as intracranial tumors, which have an extremely reserved prognosis in the Pediatric group of patients.

The authors proceed to a review of the literature on the possible causes of headaches in childhood.

Numeração de páginas na revista impressa: **103 à 106**

Introdução

A cefaléia é uma das queixas clínicas mais comuns nas emergências hospitalares(1-3), contribuindo com aproximadamente 1% a 3% das consultas médicas nesses setores(2). Embora na maioria dos casos seja um distúrbio primário(4,5), isto é, não decorrente de anormalidades estruturais e/ou metabólicas, a lista de diagnósticos diferenciais das cefaléias é uma das mais extensas da Medicina(4). Dessa forma, estabelecê-lo é uma árdua tarefa, havendo, assim, necessidade de uma estreita relação médico-paciente, a fim de que se possa avaliar e manejar adequadamente a dor cefálica(5).

Uma anamnese completa e cuidadosa(4-8), enfatizando-se alguns aspectos, como a intensidade, o caráter e os fatores desencadeantes, bem como as presenças de aura e dos sintomas autonômicos(5), associada aos achados dos exames físico(4-8), neurológico(4,7) e laboratoriais(6-8) - apesar de que raramente estes sejam necessários - são suficientes para desvendar o tipo e a causa dos episódios dolorosos, a qual pode ser neurológica e não neurológica.

Confirmar com precisão o diagnóstico da dor cefálica é de extrema importância, já que, apesar de ser mais comumente benigna e autolimitada(1,2), a cefaléia é um dos sintomas mais comuns na infância(7,9-12), com prevalência recrudescente no decorrer dos anos(13,14) e pode ser a manifestação inicial de processos malignos, como os tumores intracranianos. Entretanto, além de serem secundárias a esses processos expansivos, as cefaléias podem estar associadas a anormalidades estruturais em região sinusal(15), cânceres hematológicos(16), sinusite, pseudotumores cerebrais, malformação arteriovenosa(4,17,19,20), meningite(2,17,20), aneurisma cerebral(4), hemorragia intraparenquimatosa não traumática(17) e subaracnóidea(2), hidrocefalia(4,21) e traumatismos crânioencefálicos(19,22-24).

Discussão

Atualmente, os tumores do sistema nervoso central (SNC) são as neoplasias malignas mais comuns na infância(24), cujos prognósticos são extremamente reservados(22). Diante dessa epidemiologia é importante que na presença de cefaléia noturna ou ao amanhecer(25), em pressão, com maior intensidade ipsilateral ao tumor(26), com duração de horas diárias, no decorrer de semanas ou meses(27), associada a vômitos(25) e/ou sinais e sintomas neurológicos(25) se deve aumentar a suspeita de processos expansivos intracranianos, como ependimomas(28,29), astrocitomas(27-30), meduloblastomas(30), craniofaringiomas(29) e metástases tumorais(27).

A cefaléia por neoplasia intracraniana ocorre em 50% dos pacientes com lesões expansivas primárias ou secundárias e em 75% dos portadores dessas lesões a dor cefálica é caracterizada principalmente por ser do tipo tensional. Contudo, cefaléias paroxísticas podem ocorrer por cistos colóides no terceiro ventrículo ou por tumores basculares, que obstruem o fluxo líquido de maneira intermitente, enquanto que a cefaléia da tosse já foi observada em lesões tumorais e dores faciais atípicas, em neoplasias não metastáticas pulmonares(26).

Convém ressaltar que a cefaléia por processos expansivos nem sempre é contínua, havendo boa porcentagem de casos com dor intermitente e a enxaqueca com aura pode surgir após o início da doença, sem história anterior de migrância(26).

Os pseudotumores intracranianos, de maneira semelhante às neoplasias do SNC, podem cursar com cefaléia, papiledema, nistagmo, vômitos, vertigem e estrabismo. Entretanto, ao contrário dos processos expansivos centrais, os resultados dos exames de neuroimagens são normais e a terapêutica é clínica, constituída de dieta hipernatêmica, restrição hídrica e drogas antiedematosas (manitol, dexametasona e glicérol), com atenuação das manifestações neurológicas e oftalmológicas(18).

A cefaléia também pode estar associada ao traumatismo crânioencefálico(23,26) (TCE) e, nesses casos, é dividida em aguda e crônica(26). A primeira é definida como cefaléia que ocorre em intervalo inferior a 14 dias após o paciente recuperar a consciência ou após o trauma, se não houver perda de consciência, e deve desaparecer oito semanas depois(26). A segunda tem a mesma definição da anterior, porém não desaparece em oito semanas(26). O tipo mais freqüente de cefaléia pós-traumática é a tensional, presente em 90% dos pacientes, com características iguais às da cefaléia primária, geralmente holocraniana ou em faixa, muitas vezes nuchal, em pressão, episódica ou contínua.

Pode ocorrer também cefaléia pós-traumática tipo enxaqueca(26). Ao contrário do que se acredita, os traumas leves ou moderados são os mais freqüentes na gênese da cefaléia pós-traumática, já que o fenômeno do chicote ou desaceleração (whiplash) é importante na fisiopatologia da dor cefálica(26). As cefaléias também podem estar correlacionadas com os hematomas, sejam epidurais ou subdurais(4,26,31). Dentre estes, os situados em regiões lobares acompanham-se mais freqüentemente de dor cefálica do que aqueles localizados nos gânglios da base(26).

Queixas, por longos períodos, de tonturas, visão borrada, anosmia, foto e fonofobia, sintomas psicossomáticos como diminuição da concentração, perda da memória, depressão, ansiedade e insônia estão relacionados à cefaléia pós-traumática. Esse quadro clínico caracteriza a síndrome pós-concussional, a qual é muito controversa e discutida. Alguns autores acreditam ser uma entidade real e outros a contestam pela diversidade dos sintomas, intensidade do trauma e manutenção das queixas por longos períodos(26).

A implicação da enxaqueca com as doenças vasculares é antiga e lógica, pela aura migranosa que mimetiza ataque isquêmico transitório(26). Nas patologias cerebrovasculares, a cefaléia mais comumente encontrada é a do tipo tensão crônica e muitas vezes há "cefaléia sentinela", avisando sobre e precedendo o episódio vascular(26). As malformações arteriovenosas (MAV) estão

relacionadas à presença de cefaléia aguda ou crônica(4,26,31), com ou sem sangramento. As MAV de menor tamanho sangram com mais facilidade e a dor de cabeça não é proporcional ao tamanho, nem à localização da malformação(26).

As hemorragias intraparenquimatosas e subaracnóideas (HSA) também cursam com cefaléia(2,17,26,31). Nestas últimas, os episódios dolorosos são caracterizados por serem geralmente de instalação súbita, de forte intensidade, holocranianos, com irradiação cervical, associados à alteração da consciência, vômitos e rigidez de nuca, podendo durar algumas semanas. A dor orbitária e retrorbitária é freqüente na HSA, principalmente quando é acometida a artéria comunicante posterior(26). Em 1986, Day e Raskin compararam a cefaléia da rotura aneurismática ao estampido de um trovão, chamando-a de thunderclap headache. Embora a entidade ainda seja objeto de discussão, sabe-se que a dor de cabeça surge subitamente e é de grande intensidade(26).

Distúrbios intracranianos não vasculares podem apresentar, em seu quadro clínico, cefaléia. O aumento da pressão do líquido, associado ou não às lesões expansivas, é causa de dor cefálica, a qual, quando de grande intensidade e acompanhada de papiledema, sem sinais localizatórios e com líquido cefalorraquidiano normal, caracteriza a hipertensão intracraniana benigna(26). Outra doença não vascular que cursa com cefaléia é a hidrocefalia da pressão elevada, que se inicia com aumento de pressão líquórica, com posterior normalização da mesma. Nesses casos deve haver dilatação ventricular à pesquisa radiológica e aumento da pressão acima de 200 mm H₂O(26).

Em contrapartida, a pressão baixa do líquido também gera dor de cabeça. A cefaléia ocasionada por fístula líquórica, seja de origem traumática pós-operatória ou idiopática e por punção lombar são alguns exemplos desses episódios dolorosos por hipotensão no líquido. No segundo fator etiológico, a cefaléia, na maioria das vezes, é bilateral, inicia-se até o sétimo dia pós-punção e desaparece até o 14º dia, com acentuação característica da intensidade quando o paciente fica em ortostase. O tampo sanguíneo epidural promove, segundo alguns estudos, 90% de melhora e está indicado nos casos "intratáveis", com mais de cinco dias de dor(26).

A cefaléia associada à infecção intracraniana é definida como aquela que ocorre no início do processo infeccioso e desaparece com o tratamento específico(26). Principal sintoma da meningite bacteriana, nesses casos a cefaléia tem caráter em pressão, com piora rápida da intensidade durante a evolução da doença. Localiza-se em regiões frontal e nugal, com irradiação para a coluna cervical. Associada a essa dor há outras manifestações, como náuseas, vômitos, fotofobia e sinais meníngeos. Na meningite asséptica a cefaléia pode apresentar-se com as mesmas características, entretanto, na infância a dor de cabeça pode ser mais branda(26).

Há cefaléias relacionadas à Aids e suas conseqüências, como a toxoplasmose, a criptococose, a tuberculose meníngea e a encefalite por citomegalovírus. Nessas patologias, os episódios dolorosos são freqüentes e estão associados à fotofobia em larga porcentagem(26).

Em alguns países das Américas do Sul e Central, no México e na China é alta a incidência de neurocisticercose, doença parasitária que afeta o SNC e está associada a cefaléia. Essa patologia, cujo principal sintoma é a convulsão, sinal presente em 60% dos pacientes, pode apresentar-se como meningite ou encefalite, semelhantes às infecções bacterianas(26).

As epilepsias(17), a neurofibromatose(33), o choque(2,4) e a síndrome de Ehlers-Danlos(34) constituem outras possíveis causas neurológicas de cefaléia na infância.

Indubitavelmente, a manifestação de cefaléia em crianças e adolescentes desperta o temor de que esse sintoma seja decorrente de patologias graves, principalmente os tumores, embora os mesmos sejam infreqüentes na faixa pediátrica(7). Entretanto, apesar de as cefaléias geralmente serem benignas e autolimitadas(44,53) na infância, a possibilidade desses episódios dolorosos serem secundários a outras patologias clínicas deve ser sempre lembrada, visto que o tempo decorrido entre o aparecimento dos sintomas e a terapêutica, entre outros fatores, influi de forma relevante no prognóstico dos pacientes.

Dessa forma, as cefaléias surgidas recentemente(18) (menos de um mês)(21,40), com evolução progressiva(18), alteração de suas características(18), sempre unilateral e/ou associadas a sinais neurológicos(18,21,26) e convulsões(18,21) devem ter sua etiologia investigada rigorosamente, visto que esses aspectos recrudescem a possibilidade de serem secundárias a outras patologias, como tumores, malformações vasculares ou outras lesões estruturais(18). Diante dessas características das cefaléias os exames de neuroimagem, como tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM), são extremamente valiosos, pois, entre outras vantagens, podem revelar a causa desses episódios dolorosos.

Bibliografia

1. Lewis, D.W. Headache in the Pediatric emergency department. Semin Pediatr Neurol 2001; 8:46-51.
2. Sztajnkrycer, M. & Jauch, E.C. Unusual headaches. Emerg Med Clin North Am 1998; 16:741-760.
3. Diamond, M.L. Emergency department management of the acute headache. Clin Cornerstone 1999; 1:45-54.
4. Evans, R. W. Diagnostic testing for the evaluation of headaches. Neurol Clin 1996; 14:1-26.
5. Marks, D.R. & Rapoport, A.M. Practical evaluation and diagnosis of headache. Semin Neurol 1997; 17:307-312.
6. Shinnar, S. & D'Souza, B.J. The diagnosis and management of headaches in childhood. Pediatr Clin North Am 1982; 29:79-94.
7. Rothner, A.D. Headaches in children and adolescents. Child Adolescent Psychiatr Clin N Am 1999; 8:727-745.
8. Rothner, A.D. Headaches in children and adolescents. Clin J Pain 1989; 5:67-75.
9. Maytal, J.; Bienkowski, R.S.; Patel, M.; Eviatar, L. The idea of brain imaging in children with headaches. Pediatrics 1995; 96:413-416.
10. Alehan, F.V. Value of neuroimaging in the evaluation of neurologically normal children with recurrent headache. J. Child Neurol 2002; 17:807-809.
11. Romero, S.J.; Picazo, A.B.; Tapia, C.L.; Romero, G.J.; Diaz, C.R.; Romero, S.J. Effectiveness of brain imaging in children with headache. An Esp Pediatr 1998; 49:487-490.
12. Spie Rings, E.L.; Ranke, A.H.; Schroevers, M.; Honkoop, P.C. Chronic daily headache: a time perspective. Headache 2000; 40:306-310.
13. Krasnik, A. Headaches in the population of school children in Paznan. Neurol Neurochir Pol 1999; 33 Suppl 5:111-125.
14. Dominguez, S.M.; Santiago, G.R.; Campos, C.J.; Fernandez, M.J.P.V. Childhood headache. A diagnostic approach. An Esp Pediatr 2002; 57:432-443.
15. Parsons, D.S. & Batra, P.S. Functional endoscopic sinus surgical outcomes for contact point headaches. Laryngoscope 1998; 108:696-702.
16. Antunes, N.L. The spectrum of neurologic disease in children with systemic cancer. Pediatr Neurol 2001; 25:227-235.
17. Lewis, D.W. & Qureshi, F. Acute headache in children and adolescents presenting to the emergency department. Headache 2000; 40:200-203.
18. Piotropawlowska-Weinert, M. & Szafranska, B. Pseudotumor cerebri in children. Wiad Lek 1992; 45:189-191.
19. Millichap, J. G. Recurrent headaches in 100 children. Electroencephalographic abnormalities and response to phenyton (Dilantin). Childs Brain 1978; 4:95-105.
20. Burton, L.J.; Quinn, B; Pratt-Cheney, J.L.; Pourani, M. Headache etiology in a pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care 1997; 13:1-4.
21. Cohen, B.H. Headaches as a symptom of neurological disease. Semin Pediatr Neurol 1995; 2:144-150.
22. John, K. Symptoms and diagnosis of tumors of the central nervous system in children. Kinderarztl Prax 1990; 58:119-124.
23. Callaghan, M. & Abu-Arafeh, I. Chronic posttraumatic headaches in children and adolescents. Dev Med Child Neurol 2001; 43:819-822.
24. Mehta, V.; Chapman, A.; Mcneely, P.D.; Walling, S.; Howes, W.J. Latency between symptom onset and diagnosis of Pediatric brain tumors: an Eastern Canadian geographic study. Neurosurgery 2002; 51:265-372.
25. Rossi, L.N. & Vassella, F. Headache in children with brain tumors. Childs Nerv Syst 1989; 5:307-309.
26. Prado, F.C.; Ramos, J.; Valle, J.R. Atualização Terapêutica 2003. São Paulo: ed Artes Médicas, 2003. pg 931-933.
27. Pfund, Z.; Szapary, L.; Jaszbe Reny J.O; Nagy, F.; Czopf, J. Headache in intracranial tumors. Cephalalgia 1999; 19:787-790.
28. The epidemiology of headache among children with brain tumor. Headache in children with brain tumors. The Childhood Brain Tumor Consortium. J Neurooncol 1991; 10:31-46.
29. Gilles, F.H.; Leviton, A.; Hedley-Whyte, E.T.; Sobel, E.; Taware, C.J.; Sobel, R.R.; Rorke, L.B. Childhood brain tumors that occupy more than one compartment at presentation. Multiple compartment tumors. J. Neurooncol 1992; 14:45-56.
30. Balestrini, M.R.; Micheli, R.; Giordand, L.; Lasio, G.; Giombini, S. Brain tumors with symptomatic onset in the first two years of life. Childs Nerv Syst 1994; 10:104-110.
31. Al-Jarallah, A.; Al-Rifai, M. T.; Riela, A.R.; Roach, E. S. Nontraumatic brain hemorrhage in children: etiology and presentation. J Child Neurol 2000; 15:284-289.
32. Sghutzman, S.A.; Barnes, P.D.; Mantello, M.; Scott, R.M. Epidural hematomas in children. Ann Emerg Med 1993; 22:535-541.
33. Dimario, F.J.J. & Langshur, S. Headaches in patient with neurofibromatosis. J Child Neurol 2000; 15:235-238.
34. Jacome, D.E. Headache in Ehlers-Danlos syndrome. Cephalalgia 1999; 19:791-796.